



Priapisme ischémique secondaire à l'administration concomitante d'halopéridol et de chlorpromazine chez un schizophrène : à propos d'un cas.

Ischemic priapism secondary to concomitant administration of haloperidol and chlorpromazine in a schizophrenic: about a case.

Salifou Abdou MM¹, Cissé AO¹, Djibrilla M², Bedgo A³, Ousseyni Zika O⁴, Sawadogo KCC¹, Oumarou Malam Amadou A³, Bagué B¹, Douma Maiga D³, Karfo K¹, Ouédraogo A¹.

Mots-clés

Priapisme,
psychotropes,
schizophrénie
paranoïde

Résumé

Introduction : Le priapisme ischémique est une urgence uro-andrologique rare dont les étiologies iatrogéniques sont majoritaires parmi lesquelles les neuroleptiques occupent le premier rang. L'objectif de cette étude était de décrire un cas de priapisme secondaire à l'administration concomitante d'halopéridol et de chlorpromazine chez un patient suivi pour schizophrénie paranoïde en rupture de traitement depuis un an.

Observation : Mr K.A.L âgé de 49 ans, marié, suivi depuis 2006 pour schizophrénie paranoïde en rupture de traitement depuis un an. Il était admis aux urgences psychiatriques pour insomnie, instabilité psychomotrice et propos incohérents. Le diagnostic d'une rechute de schizophrénie paranoïde avait été retenu. Il a présenté un priapisme ischémique secondaire à l'administration concomitante d'halopéridol et de chlorpromazine au moment de son admission. Il avait été hospitalisé et bénéficié d'une ponction drainage des corps caverneux et de l'amisulpride. L'évolution était marquée par la stabilisation sur le plan psychique et la survenue d'une impuissance sexuelle persistante.

Conclusion : le priapisme ischémique est une urgence uro-andrologique pouvant survenir chez les patients sous neuroleptiques. D'où la nécessité d'une surveillance attentive et d'une information claire sur le priapisme de tout patient sous neuroleptiques.

Keywords

Priapism,
psychotropic
drugs, paranoid
schizophrenia.

Abstract

Introduction: Ischemic priapism is a rare uro-andrological emergency in which iatrogenic etiologies predominate, with neuroleptics ranking first. The aim of this study was to describe a case of priapism secondary to the concomitant administration of haloperidol and chlorpromazine in a patient treated for paranoid schizophrenia who had been off treatment for one year.

Observation: Mr K.A.L, aged 49, married, had been treated since 2006 for paranoid schizophrenia and had been off treatment for one year. He was admitted to the psychiatric emergency department for insomnia, psychomotor instability and incoherent speech. The diagnosis of a relapse of paranoid schizophrenia was retained. He presented with ischemic priapism secondary to the concomitant administration of haloperidol and chlorpromazine at the time of admission. He was admitted to hospital and underwent

drainage puncture of the corpora cavernosa and amisulpride. The evolution was marked by psychic stabilization and the onset of persistent sexual impotence.

Conclusion: Ischemic priapism is a uro-andrological emergency that can occur in patients on neuroleptics. Hence the need for careful monitoring and clear information on priapism in all patients on neuroleptics.

Introduction

Le priapisme est une urgence uro-andrologique qui touche environ 1,5 pour 100000 personnes [1]. Il se définit comme une érection partielle ou complète anormalement prolongée pendant plus de 4 heures en l'absence de désir ou de stimulation sexuelle [2]. Parmi les trois types de priapisme, la forme ischémique représente plus de 90% de l'ensemble des cas [3]. L'étiologie iatrogène représente entre 15 et 45% de priapisme ischémique dont la moitié serait due aux neuroleptiques [4]. Plusieurs hypothèses ont été émises pour expliquer la physiopathologie du priapisme, mais l'hypothèse neuromusculaire impliquant l'antagonisme des récepteurs α -adrénergiques est la plus largement acceptée [5]. Selon cette hypothèse, la détumescence et la flaccidité du pénis sont obtenues par la contraction des cellules musculaires des artères de résistance et du système trabéculaire sous l'influence de la noradrénaline. La noradrénaline agit via son action antagoniste sur les récepteurs alpha 1 et alpha 2- adrénergiques. Ainsi, le blocage de ces récepteurs adrénergiques pourrait être à l'origine d'une érection prolongée et d'une stase sanguine intracaverneuse [5]. Les psychotropes agissent par antagonisme sur les récepteurs alpha 1- adrénergiques des corps caverneux entraînant une vasodilatation des artérioles avec comme conséquences une élévation de la pression intracaverneuse bloquant ainsi le drainage veineux [4-5]. Cliniquement, il se traduit par une érection rigide, douloureuse, avec du sang d'aspect noirâtre à la ponction-drainage des corps caverneux [3]. Le traitement est d'abord médical s'il est vu tôt sinon la ponction-drainage des corps caverneux sera réalisée et en

cas d'échec, le traitement chirurgical s'impose [7]. Le pronostic dépend de la précocité de la prise en charge, car 50% des patients présenteront une dysfonction érectile par fibrose des corps caverneux [7].

Nous rapportons un cas de priapisme secondaire à l'administration concomitante d'halopéridol et de chlorpromazine chez un patient âgé de 49 ans suivi pour schizophrénie paranoïde en rechute depuis un an à la suite d'une rupture thérapeutique.

Observation

Nous rapportons le cas de Mr K.A.L âgé de 49 ans, marié et père de 7 enfants, suivi depuis 2006 pour schizophrénie paranoïde et traité d'abord par l'association chlorpromazine et halopéridol puis par rispéridone avec une dose de 4 mg par jour. Il n'avait pas d'antécédent de priapisme, de traumatisme périnéal, d'hémoglobinopathies ou d'une autre pathologie. Il ne consommait pas de substances psychoactives à type de cannabis, de tabac, d'alcool, de cocaïne, d'héroïne ou de médicament comme le tramadol.

Affiliations :

1. Service de psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso
2. Service de psychiatrie, Hôpital National de Zinder, Niger
3. Service de psychiatrie, Hôpital National de Niamey, Niger

Auteur correspondant : SALIFOU ABDOU Mahamane Mobarak
DES Psychiatrie, Université Joseph Ki-Zerbo,
Burkina Faso

Tel : +22655118480, Mail : mobaraksalifou@gmail.com

Il était admis aux urgences psychiatriques pour insomnie, instabilité psychomotrice et propos incohérents après une rupture thérapeutique d'environ un an. L'examen psychiatrique réalisé à l'admission concluait à une rechute de schizophrénie paranoïde. Il avait été hospitalisé et reçu par voie parentérale 5 mg d'halopéridol, 50 mg de chlorpromazine et 20 mg de diazépam en urgence. L'évolution était marquée par la régression de l'instabilité, mais par l'apparition quelques minutes après l'injection d'une érection pénienne rigide, douloureuse et persistante. Cependant, le patient avait caché la symptomatologie urologique et était négligé par les accompagnateurs avant d'être mis en évidence lors du premier examen somatique d'entrée 24 heures après l'admission. Le délai d'apparition du priapisme de quelques minutes après l'injection était rapporté par le patient et confirmé par ses accompagnateurs. Devant les caractéristiques cliniques, le diagnostic de priapisme ischémique était retenu (**figure 1**) et une prise en charge avait été initiée.



Figure 1 : Aspect clinique de la verge tuméfiée lors du priapisme

Une ponction-drainage des corps caverneux réalisée avait permis l'évacuation de 200 ml de sang d'aspect noirâtre. Une hydratation en raison de 500 ml de sérum glucosé, 500 ml de

sérum Ringer associée à 200 mg de kétoprofène en 2 prises et diazépam 10 mg le soir avait été faite. La détumescence était obtenue 20 minutes environ après la ponction. L'évolution était marquée par la récurrence du priapisme quelques heures plus tard. Une intervention chirurgicale était indiquée, mais le patient en accord avec son entourage l'avait refusée. Sur le plan psychiatrique, le patient était mis sous amisulpride comprimé 400 mg par jour. Au 14^e jour, on notait la régression du priapisme et des symptômes psychiatriques. Cependant s'est installée une impuissance sexuelle qui avait persisté durant les deux années de suivi.

Discussion

Mr K.A.L. est âgé de 49 ans suivi depuis 2006 pour schizophrénie paranoïde. Plusieurs cas de priapisme chez des patients de schizophrénie ont été rapportés à travers la littérature, mais la corrélation entre l'âge et la survenue du priapisme n'a pas été établie [8]. Notre patient ne présentait pas d'antécédent médical, chirurgical et ne consommait pas de substances psychoactives. Kamel et al. dans leur étude avait retrouvé la drépanocytose comme principal antécédent chez les patients atteints de priapisme et la consommation de substances psychoactives augmenterait ce risque selon un autre auteur [7,9]. Le priapisme induit par les neuroleptiques est une pathologie rare [1]. Seuls quelques cas ont été rapportés selon une revue de la littérature de 2020 [1,10]. Au Burkina Faso, il s'agit du premier de priapisme secondaire à l'administration des neuroleptiques notamment l'halopéridol et la chlorpromazine. Il correspond à une érection partielle ou complète anormalement prolongée pendant plus de 4 heures en l'absence de désir ou de stimulation sexuelle [2]. La forme ischémique se traduit par une érection rigide et douloureuse, l'évacuation du sang d'aspect noirâtre à la ponction associée à des anomalies de gaz du sang et l'absence de traumatisme [2]. Ce qui

correspond au tableau clinique de notre patient. En effet, notre patient a présenté une érection pénienne rigide, douloureuse et persistant pendant environ 24 heures. Le gaz de sang nous aurait davantage réconfortés dans notre diagnostic, mais n'est pas de réalisation courante dans notre contexte. Le priapisme était survenu quelques minutes après l'administration de l'halopéridol et de la chlorpromazine selon le patient et ses accompagnateurs. Cependant, le patient l'avait dissimulé dans un premier temps aux soignants et les accompagnateurs l'avaient négligé. Ce qui avait été à l'origine d'un retard diagnostique d'environ 24 heures. La survenue de priapisme chez les patients atteints de troubles psychotiques décompensés soulève plusieurs difficultés notamment la non-reconnaissance par le patient du trouble et de ses conséquences et le manque de coopération du patient et de son entourage avec les soignants entraînant un retard diagnostique [11]. Dans notre cas, l'halopéridol et la chlorpromazine ont été incriminés devant l'absence d'antécédents médico-chirurgicaux, de la négativité de la recherche des substances psychoactives dans les urines et de l'apparition du priapisme quelques minutes après leur administration. L'utilisation simultanée de plusieurs psychotropes chez notre patient rend cependant impossible la détermination du médicament en cause. Il est alors vraisemblable qu'ils aient agi en synergie. S'agissant du diazépam, très peu de cas d'apparition tardive ont été rapportés à travers la littérature et au vu de sa large utilisation, on pourrait moins l'incriminer [7]. Dans la littérature médicale, la survenue rapide de priapisme après administration de neuroleptiques est exceptionnellement rapportée [4]. Sur le plan physiopathologique, le priapisme ischémique serait dû à un antagonisme des récepteurs alpha 1-adrénergiques des corps caverneux entraînant une vasodilatation des artérioles avec comme conséquences une élévation de la

pression intracaverneuse bloquant ainsi le drainage veineux [4]. La plupart des psychotropes possèdent une action variable sur ces récepteurs ce qui est le cas d'halopéridol et de la chlorpromazine [7,11]. Ainsi, Richelson a défini l'affinité au récepteur alpha1-adrénergique de chaque neuroleptique en prenant comme référence la prazosine dont l'affinité est de 250 [12]. L'halopéridol et la chlorpromazine ont respectivement une affinité de 5,9 et 38 [12]. La prise en charge du priapisme avait consisté au drainage des corps caverneux, car il avait été découvert 24 heures après sa survenue. La ponction des corps caverneux était le principal traitement réalisé dans l'étude de Kamel et al. avec une fréquence de 89,2% des patients [7]. En effet, le traitement est médical si le patient est vu tôt puis en cas d'échec la ponction-drainage est réalisée [7]. Le traitement chirurgical est réalisé en cas de récurrence ou en l'absence de détumescence après ponction [7]. Après récurrence du priapisme chez notre patient, un traitement chirurgical avait été proposé, mais refusé par le patient et sa famille. La récurrence était rapportée chez la plupart des patients drainés dans l'étude Kamel et al. et la chirurgie était indiquée chez 85% d'entre eux [7]. Le refus de la chirurgie dans notre cas s'explique par la croyance partagée par le patient et son entourage selon laquelle toute intervention pénienne est inéluctablement source d'impuissance. Malgré la psychoéducation, ce refus avait persisté. Sur le plan psychiatrique, notre patient avait été mis sous amisulpride ce qui a permis d'obtenir une évolution favorable avec régression complète des symptômes psychiatriques. L'amisulpride est le psychotrope de choix après un priapisme, car il ne présente pas d'antagonisme aux récepteurs alpha 1-adrénergiques [11]. Aussi, la rispéridone précédemment prescrite présente une forte affinité pour ces récepteurs et est évaluée à 37 selon Richelson [12]. L'évolution sur le plan urologique chez notre patient est marquée par la survenue d'une dysfonction

érectile qui a persisté après deux ans de suivi. La dysfonction érectile était observée chez 55% des cas rapportés par Kamel et al. en 2016 [7].

Conclusion

Notre étude rapporte un cas de priapisme secondaire à l'administration d'halopéridol et de chlorpromazine chez un patient atteint de schizophrénie dont le diagnostic était posé tardivement, car dissimulé par le patient et négligé par la famille. Le traitement demeure aussi difficile en raison des croyances associées à une telle pathologie, sources de refus de soins de la part du patient et de sa famille. De cette observation, il ressort que l'examen somatique complet et l'information du patient et de son entourage sur la possible survenue de priapisme et de sa prise en charge sont nécessaires chez tous patients sous neuroleptiques.

Conflit d'intérêts : aucun

Références

1. Eland IA, Van Der Lei J, Stricker BHC, Sturkenboom MJCM. Incidence of priapism in the general population. *Urology*. mai 2001;57(5):970-2.
2. Broderick GA, Kadioglu A, Bivalacqua TJ, Ghanem H, Nehra A, Shamloul R. Priapism: Pathogenesis, Epidemiology, and Management. *J Sex Med*. janv 2010;7(1):476-500.
3. Carnicelli D, Akakpo W. Le priapisme : diagnostic et prise en charge. *Prog En Urol*. nov 2018;28(14):772-6.
4. Wang CS, Kao WT, Chen CD, Tung YP, Lung FW. Priapism associated with typical and atypical antipsychotic medications: *Int Clin Psychopharmacol*. juill 2006;21(4):245-8.
5. Saenz De Tejada I, Kim N, Goldstein I, Traish A. Regulation of pre-synaptic alpha adrenergic activity in the corpus cavernosum. *Int J Impot Res*. 1 mars 2000;12(S1):S20-5.
6. Donizete Da Costa F, Toledo Da Silva Antonialli K, Dalgallarrondo P. Priapism and clozapine use in a patient with hypochondriacal delusional syndrome. *Oxf Med Case Rep*. 17 mars 2015;2015(3):229-31.
7. Kamel K, Mohamed M, Abderrazek B, Mohamed C, Amine D, Riadh BS, et al. Prise en charge du priapisme à bas débit vue tardivement : à propos de 28 cas. *Afr J Urol*. déc 2016;22(4):297-304.
8. Kurt A. Recurrent Priapism Due to Paliperidone Palmitate Use: A Case Report. *Psychiatry Clin Psychopharmacol*. 2022;32(4):355-7.
9. Giuliano F, Droupy S. La iatrogénie médicamenteuse en médecine sexuelle. *Prog En Urol*. juill 2013;23(9):804-10.
10. Hwang T, Shah T, Sadeghi-Nejad H. A Review of Antipsychotics and Priapism. *Sex Med Rev*. juill 2021;9(3):464-71.
11. Doufik J, Otheman Y, Khalili L, Ghanmi J, Ouanass A. Priapisme sous antipsychotiques et défis de prise en charge : à propos d'un cas. *L'Encéphale*. déc 2014;40(6):518-21.
12. Richelson E. Receptor pharmacology of neuroleptics: relation to clinical effects. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(10):5-14.